

---

# FICHES THÉMATIQUES

---

**Santé**

### I. Lecture des figures issues de la comptabilité nationale

#### Figure 2 : poids en valeur du poste dans la dépense des ménages

Ce graphique met en évidence la part de la dépense de consommation du poste considéré dans la dépense totale selon un concept le plus proche possible de l'enquête Budget de famille (Bdf). Les dépenses qui ont trait aux concepts de comptabilité nationale sans traduction budgétaire pour les ménages sont retirées : les loyers imputés, l'autoconsommation et les services d'intermédiation financière indirectement mesurés (Sifim). On conserve le montant de correction liée au solde territorial, qui permet de garder la cohérence de la notion de territorialité avec l'enquête Bdf (ensemble des dépenses des ménages résidant en France quel que soit le lieu d'achat). Le graphique permet de comparer la part de ce poste à celle d'un regroupement de produits au champ plus large.

#### Figure 3 : volume et prix relatifs de la dépense des ménages

Ce graphique a pour objectif de caractériser l'évolution du volume et du prix du poste par rapport à celle de l'ensemble de la dépense de consommation des ménages. Les deux courbes correspondent aux séries suivantes :

- le « volume relatif » : évolution du volume du produit par rapport à l'année précédente corrigée de l'évolution du volume de la dépense de consommation totale ;
- le « prix relatif » : évolution du prix du produit par rapport à l'année précédente corrigée de l'évolution du prix de la dépense de consommation totale.

Si la croissance du volume relatif est positive, cela signifie que le volume du produit évolue plus vite que le volume de l'ensemble de la dépense de consommation (idem pour le prix relatif).

#### Figure 4 : dépense des ménages par poste dans l'Union européenne à 25 en 2005

Ce graphique permet d'illustrer le lien éventuel entre la part du poste dans la dépense des ménages et le niveau de vie du pays approché par le PIB par habitant corrigé des parités de pouvoir d'achat. Celles-ci sont des taux qui permettent de convertir toutes les monnaies dans une monnaie commune qui a le même pouvoir d'achat dans chaque pays.

Si par rapport à la moyenne de l'Union européenne, les pays sont plutôt situés dans le quart nord-ouest et dans le quart sud-est, cela signifie que la part du poste dans la dépense des ménages décroît en fonction du niveau de vie. Il s'agit le plus souvent des produits de première nécessité et donc principalement l'alimentation.

Dans le cas contraire où les pays sont plutôt situés dans le quart sud-ouest et le quart nord-est, il s'agit de biens ou services dont la part dans la dépense des ménages croît avec le niveau de vie. Les dépenses de loisirs sont dans cette catégorie, notamment celles concernant le matériel électronique. D'autres facteurs que le niveau de vie peuvent jouer sur la part de certains postes.

#### Code ISO des pays de l'Union européenne :

Allemagne : DE ; Autriche : AT ; Belgique : BE ; Chypre : CY ; Danemark : DK ; Espagne : ES ; Estonie : EE ; Finlande : FI ; France : FR ; Grèce : GR ; Hongrie : HU ; Irlande : IE ; Italie : IT ; Lettonie : LV ; Lituanie : LT ; Luxembourg : LU ; Malte : MT ; Pays-Bas : NL ; Pologne : PL ; Portugal : PT ; République tchèque : CZ ; Royaume-Uni : GB ; Slovaquie : SK ; Slovénie : SI ; Suède : SE.

## II. Lecture des figures issues des enquêtes Budget de famille

### Figure 2 : décomposition des écarts à la dépense moyenne

*Par souci de clarté, on présentera ici la méthode de calcul de l'effet prix et de l'effet quantité sur l'exemple des dépenses en pain des ménages les plus modestes (premier quintile de niveau de vie). Les explications données se transposent directement aux autres produits et catégories de ménages.*

L'écart entre la dépense moyenne en pain de l'ensemble de la population et celle des ménages du premier quintile de niveau de vie a deux causes :

- les ménages les plus modestes achètent des quantités différentes des autres ménages ;
- ils payent leur pain à un prix différent des autres ménages.

En général, les deux effets coexistent. L'effet-prix et l'effet-quantité sont des mesures de ces effets. Ils visent à évaluer la contribution des écarts sur les quantités et des écarts sur les prix à l'écart sur la dépense.

Le calcul de ces effets repose sur une formule décomposant l'écart de dépense. Plus précisément :

- si  $D$  (en euros) est la dépense moyenne en pain dans l'ensemble de la population,  $Q$  (en kg par exemple) la quantité moyenne achetée et  $P$  (€/kg) le prix payé en moyenne, on peut écrire :

$$D = PQ$$

- de même on écrira, pour les ménages du premier quintile, en notant  $d$  leur dépense moyenne en pain,  $q$  la quantité moyenne qu'ils achètent et  $p$  le prix au kg qu'ils acquittent en moyenne :

$$d = pq$$

L'écart à la moyenne de la dépense en pain de ces ménages vérifie alors :

$$d - D = \left[ \frac{p+P}{2} \right] (q - Q) + (p - P) \left[ \frac{q+Q}{2} \right]$$

Il est la somme de :

- (i) l'écart sur les quantités  $q - Q$ , valorisé à un prix à mi-chemin entre le prix moyen du pain,  $P$ , et le prix moyen  $p$  propre à ces ménages modestes ;
- (ii) l'écart sur les prix  $p - P$ , appliqué à une quantité à mi-chemin entre la quantité  $Q$  achetée en moyenne dans l'ensemble de la population, et celle  $q$  achetée par les seuls ménages du premier quintile.

Le premier terme est l'effet-quantité : il correspond à l'écart de dépense que l'on observerait si les ménages modestes payaient le même prix que les autres.

Le second terme est l'effet-prix et correspond, de même, à l'écart qui prévaudrait si les ménages modestes achetaient la même quantité que les autres.

En pratique, les effets sont calculés au niveau de chaque produit élémentaire. Ils sont ensuite additionnés pour déterminer l'effet prix d'un poste (par exemple l'alimentation). Dans les figures présentées, ils sont exprimés en pourcentage de l'écart de dépense.

## 5.1 Biens de santé

**E**n 2005, la dépense de consommation des **ménages** en biens de santé non prise en charge par l'assurance-maladie a atteint 14,6 milliards d'euros, soit 233 euros par personne.

La part de la dépense en biens de santé dans le budget des ménages s'est accrue de 0,8 point entre 1960 (1,0 %) et 2005 (1,8 %, *figure 1*), particulièrement entre 1987 (1,2 %) et 1993 (1,8 %).

La part des médicaments dans ces biens reste majoritaire, mais a sensiblement diminué depuis 1960 (de 77 % à 65 % en 2005) au profit des **autres produits de santé** (de 20 % à plus de 33 %). La **parapharmacie** dont la part était déjà faible en 1960 (à peine plus de 3 %) ne représente plus que 1,5 % en 2005 (*figure 2*).

De 1960 à 2005, le **volume** des dépenses des ménages en biens de santé a augmenté nettement plus vite que celui des dépenses totales (de 3,5 points par an, *figure 3*), ce qui traduit un mode de vie privilégiant de plus en plus la santé. À l'inverse, le prix des biens de santé a augmenté moins vite que l'**inflation** (- 2,4 points par an), principalement en raison du caractère réglementé des prix des médicaments remboursables, et de plusieurs baisses de **TVA** sur les médicaments.

De 1960 à 1975, le volume des dépenses en biens de santé a augmenté plus rapidement que l'ensemble des dépenses (+ 4,2 points par an). Les prix ont parallèlement augmenté moins vite que l'inflation (de 3,2 points). Au total, la part en valeur de ces dépenses dans le budget des ménages a peu évolué. À partir de 1975, différents plans de redressement des comptes de la **sécurité sociale** se sont succédés et ont influé sur la dépense à la charge des ménages. Dès 1976,

la baisse de la TVA de 20 % à 7 % a joué sur les prix et les premières mesures de déremboursement des médicaments ont pesé sur les volumes.

De 1977 à 1994, la progression du volume des dépenses des ménages est redevenue nettement plus soutenue que la consommation d'ensemble (de + 5,2 points par an). Les prix sont demeurés peu dynamiques par rapport à l'inflation (- 2,2 points par an). Cette période a été marquée par des nouvelles mesures visant à limiter les dépenses de la sécurité sociale en réduisant le taux de remboursement (1982, 1991, 1993), ou en reclassant des **médicaments dans la catégorie dite de confort**, moins bien remboursée (1985). Ces mesures ont eu en contrepartie une hausse du volume dépensé par les ménages : la part restant à la charge des ménages est passée de 38 % en 1985 à 44 % en 1994.

De 1995 à 1999, les dépenses des ménages ont nettement ralenti pour évoluer comme le reste des dépenses de consommation. En 1999, de nouvelles vagues de déremboursement ont été décidées. Dans le même temps, les prix ont évolué moins vite que ceux des autres dépenses avec la montée en charge des **médicaments génériques**.

Dans les pays de l'**Union européenne**, la part que représentent les biens de santé dans les dépenses des ménages est plutôt plus faible dans les pays ayant le **niveau de vie** le plus élevé (*figure 4*). Ces derniers ont en effet un système de protection sociale plus développé, largement financé par la collectivité. À niveaux de vie comparables, la France et l'Allemagne ont une part très proche, à peine au-dessus de la moyenne européenne. ■

### Définitions

**Biens de santé** : comprennent notamment les médicaments et les autres produits de santé : parapharmacie, lunettes de vue, véhicules pour invalides, prothèses et autres appareils médicaux (thermomètres...). Les dépenses mesurées ici ne comprennent que celles qui restent à la charge des ménages ou qui sont acquittées *in fine* par une mutuelle ou une assurance complémentaire. Les montants à la charge des organismes de sécurité sociale en sont donc exclus, même si le ménage a avancé ces sommes.

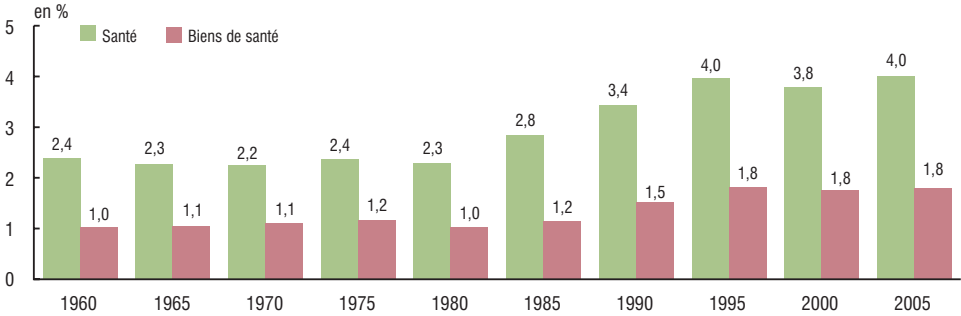
**Médicaments de confort** : ce terme s'applique en général aux médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance.

**Médicaments génériques** : médicaments contenant la même molécule qu'un médicament original (princeps) dont le brevet est tombé dans le domaine public.

**Parapharmacie** : ce terme désigne les produits de soins et d'hygiène qui peuvent être vendus sans prescription médicale.

**Ménage, volume, inflation, TVA, administrations de sécurité sociale, Union européenne, niveau de vie du pays** : voir *Glossaire*.

## 1. Part dans la dépense des ménages en valeur



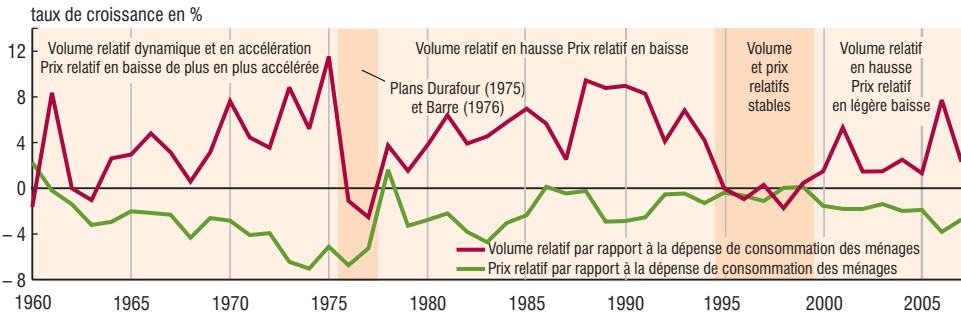
Source : Insee, comptes nationaux, base 2000.

## 2. Structure de la dépense des ménages en biens de santé

|                                      | 1960         | 1975         | 1990         | 2005         | Valeurs 2005<br>(Mds €) |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Spécialités pharmaceutiques humaines | 76,9         | 76,5         | 72,5         | 65,1         | 9,5                     |
| Parapharmacie                        | 3,1          | 1,7          | 1,5          | 1,5          | 0,2                     |
| Autres produits de santé             | 20,1         | 21,9         | 25,9         | 33,4         | 4,9                     |
| <b>Total</b>                         | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>14,6</b>             |

Source : Insee, comptes nationaux, base 2000.

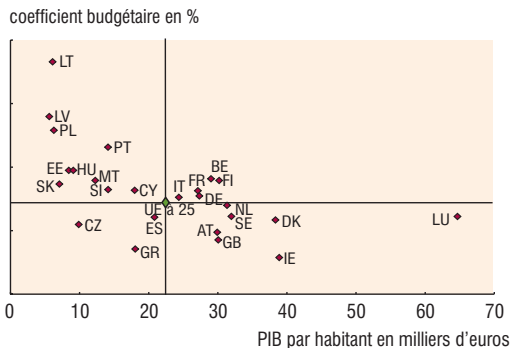
## 3. Volume et prix relatifs de la dépense des ménages en biens de santé



Lecture : de 2000 à 2007, le prix des biens de santé a augmenté moins vite que l'inflation tandis que le volume a progressé plus rapidement que les autres postes de consommation.

Source : Insee, comptes nationaux, base 2000.

## 4. Dépense des ménages en biens de santé dans l'Union européenne à 25 en 2005



Lecture : en 2005, les ménages lituaniens, avec un PIB de 6 100 euros par habitant, ont consacré 3,7 % de leur budget aux biens de santé.

Sources : Insee, comptes nationaux, base 2000 et Eurostat.

## 5.2 Services de santé

En 2005, la dépense de consommation des **ménages** en services de santé non prise en charge par l'assurance-maladie a atteint 18,0 milliards d'euros, soit 287 euros par habitant. Les dépenses en biens de santé sont de 233 euros par personne.

La part de la dépense en services de santé dans le budget des ménages s'est globalement accrue de 0,8 point entre 1960 (1,4 %) et 2005 (2,2 %) avec plusieurs phases distinctes (*figure 1*). Elle a légèrement diminué jusqu'en 1968 (1,1 %). De 1969 à 1980, elle a oscillé entre 1,1 % et 1,3 %. La part s'est ensuite accrue de façon continue jusqu'en 1997 où elle a atteint 2,2 % et varie autour de 2 % depuis lors. Depuis 1960, la part des médecins et des dispensaires représente un peu moins du tiers de ce poste (*figure 2*). La part des dépenses liées à l'hospitalisation, publique ou privée, a nettement diminué, de 44 % en 1960, à 24 % en 2005. Celle en dentistes et en **services paramédicaux** a en revanche nettement augmenté, passant de 24 % à 45 %.

Au total, de 1960 à 2005, le **volume** des dépenses en services de santé a augmenté un peu plus vite que celui des dépenses totales (+ 0,9 point en moyenne par an) tandis que les prix ont augmenté comme l'**inflation** (*figure 3*).

Jusqu'en 1970, le volume de la consommation en services de santé a augmenté à un rythme nettement moins rapide que pour l'ensemble des dépenses (- 3,9 points par an), ce qui résulte du développement de la prise en charge publique. Les dépenses à la charge de la **sécurité sociale** ont en effet fortement progressé dans le même temps. Les prix ont quant à eux augmenté plus vite que l'inflation (+ 2,3 points par an).

De 1971 à 1977, volume et prix ont évolué comme ceux des autres postes de dépenses des ménages.

De 1978 à 1994, les dépenses en volume ont augmenté nettement plus vite que pour les autres postes (4,6 points par an) tandis que les prix ont eu une évolution légèrement inférieure à celle de l'inflation (- 1,0 point). La forte progression en volume résulte pour une large part des services des médecins et dispensaires et s'explique en partie par de moindres remboursements des organismes sociaux.

De 1995 à 2000, le volume a ralenti, le rythme devenant légèrement inférieur à celui des autres dépenses, l'évolution des prix ne se distinguant que peu de l'inflation. Dans le cas des cliniques privées, le volume s'est même retourné à la baisse (- 0,9 % en moyenne annuelle). Pour les médecins libéraux et les dispensaires, le ralentissement a été très prononcé, la hausse n'étant plus que de + 1,0 % par an. Depuis 2001, la tendance des prix est demeurée inchangée mais le volume a de nouveau accéléré (2,6 points de plus par an que les dépenses totales). La mise en place du forfait d'un euro par acte médical et la hausse du forfait hospitalier à la charge des ménages ont joué à la hausse sur le volume de dépense des ménages.

Dans les pays de l'**Union européenne**, la part des services de santé dans les dépenses des ménages ne semble pas directement liée au **niveau de vie du pays** (*figure 4*). Les pays de l'est de l'Europe ont une part plus faible que la moyenne européenne, traduisant, dans la plupart des cas, un moindre recours aux services de santé quel que soit le mode de financement (ménages ou sécurité sociale). Inversement, le **coefficient budgétaire** est plutôt élevé pour la plupart des pays du Sud. La France et l'Italie sont juste en dessous de la moyenne européenne. La structure de financement entre ménages et organismes de sécurité sociale y est relativement proche. ■

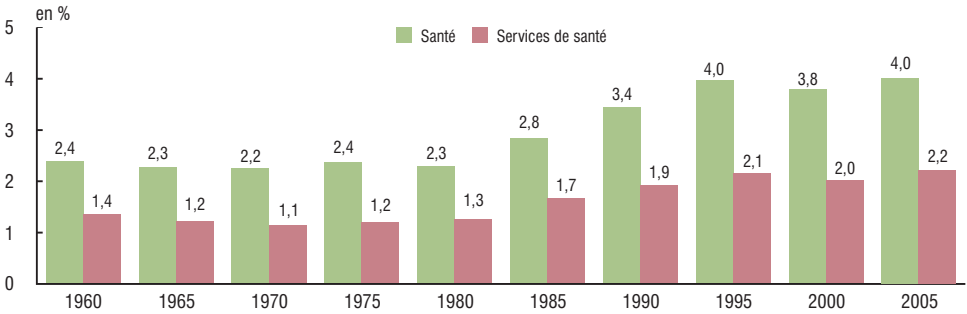
### Définitions

**Services de santé** : comprennent les services des médecins, des dentistes, des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes), les analyses de laboratoire, les dispensaires, les cliniques privées et l'hospitalisation publique. Les dépenses mesurées ici ne comprennent que celles qui restent à la charge des ménages ou qui sont acquittées *in fine* par une complémentaire santé (mutuelles ou assurances). Les montants à la charge des organismes de sécurité sociale sont donc exclus même si le ménage a avancé ces sommes.

**Services paramédicaux** : comprennent les services des infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, des laboratoires d'analyses, des transports sanitaires et des cures thermales.

**Ménage, volume, inflation, administrations de sécurité sociale, Union européenne, niveau de vie du pays, coefficient budgétaire** : voir *Glossaire*.

## 1. Part dans la dépense des ménages en valeur



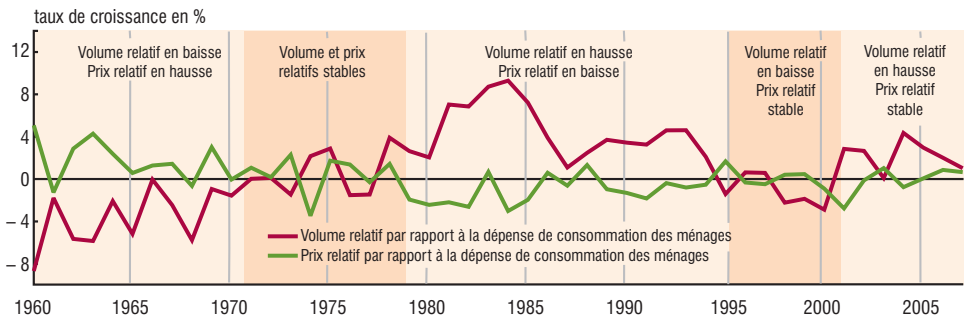
Source : Insee, comptes nationaux, base 2000.

## 2. Dépense en services de santé, structure en valeur

|                                       | 1960         | 1975         | 1990         | 2005         | Valeurs 2005 (Mds €) |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Services des médecins et dispensaires | 32,2         | 24,3         | 31,9         | 31,3         | 5,6                  |
| Soins dentaires                       | 17,6         | 24,1         | 28,0         | 29,6         | 5,3                  |
| Services paramédicaux                 | 6,6          | 9,8          | 15,0         | 15,0         | 2,7                  |
| Cliniques privées                     | 13,2         | 7,4          | 6,8          | 6,2          | 1,1                  |
| Santé non marchande                   | 30,4         | 34,3         | 18,3         | 17,9         | 3,2                  |
| <b>Total</b>                          | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>18,0</b>          |

Source : Insee, comptes nationaux, base 2000.

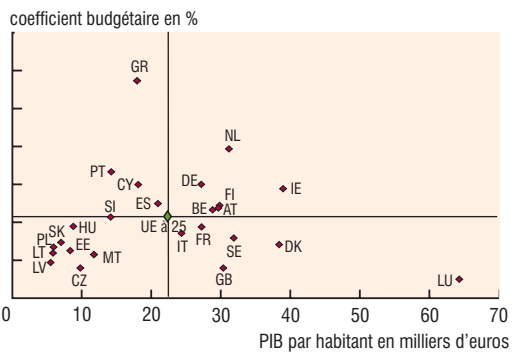
## 3. Volume et prix relatifs de la dépense des ménages en services de santé



Lecture : au début des années 1990, le prix des services de santé a augmenté moins vite que l'inflation tandis que le volume a progressé plus rapidement que les autres postes de consommation.

Source : Insee, comptes nationaux, base 2000.

## 4. Dépenses des ménages en services de santé dans l'Union européenne à 25 en 2005



Lecture : en 2005, les ménages grecs, avec un PIB de 17 900 euros par habitant, ont consacré 5,7 % de leur budget aux services de santé.

Sources : Insee, comptes nationaux, base 2000 et Eurostat.

## 5.3 Biens et services de santé à la charge des ménages

Selon les comptes de la santé, 8,6 % des **dépenses en soins et biens médicaux** sont payées directement par les ménages en 2006. 77 % de ces dépenses sont financées par la **Sécurité sociale**, 13 % par les **organismes complémentaires** (assurances, instituts de prévoyance et mutuelles) et 1,4 % par l'**État**.

Le remboursement des organismes complémentaires n'étant pas connu au niveau individuel, on considère la totalité des **dépenses non remboursées par la Sécurité sociale** pour analyser les disparités de dépenses de santé. Néanmoins, en 2006, pour 93 % des personnes qui ont une couverture complémentaire, elles sont en partie prises en charge par cette dernière.

Depuis 1995, la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses en soins et biens médicaux est restée relativement stable. La contribution directe des ménages a diminué de 1 % tandis que celle des organismes complémentaires a progressé de 0,8 %, du fait de la hausse de 5 % de la part des personnes couvertes. L'instauration, en 2005, de participations forfaitaires comme le forfait de 1 euro par consultation, s'est toutefois traduite par une légère inflexion de ces tendances, avec une hausse de la contribution des ménages (8,3 % en 2004 contre 8,6 % en 2006) accompagnée d'une baisse de celle de la Sécurité sociale (77,3 % contre 77 %).

Les principaux déterminants qui influent sur le niveau de dépenses sont l'âge et la catégorie socioprofessionnelle. Globalement,

les dépenses individuelles sont d'autant plus importantes que l'âge est élevé (sauf pour les très jeunes enfants). Elles sont supérieures de 69 % à la moyenne pour les personnes de 70 ans ou plus, et inférieures de 52 % pour les enfants de 2 à 9 ans (*figure 1*).

Parmi les catégories socioprofessionnelles, ce sont les cadres qui dépensent le plus pour leur santé, avec un montant supérieur de 17 % à la moyenne. Ils disposent plus souvent d'assurances complémentaires performantes et ont plus fréquemment recours à des soins soumis à dépassement. À l'autre bout de l'échelle, les ouvriers dépensent 11 % de moins que la moyenne.

Au cours de la période 1992-2006, la dépense individuelle non remboursée par la Sécurité sociale évolue peu avec l'âge (*figure 2*). En revanche, les disparités entre catégories socioprofessionnelles tendent à se réduire, du fait de l'évolution des dépassements (*figure 2*). Entre 1992 et 2006, le montant moyen des dépassements est passé de 100 euros à 220 euros par an toutes catégories socioprofessionnelles confondues, de 200 euros à 320 euros pour les cadres et de 70 euros à 170 euros pour les ouvriers. Ainsi, les cadres avaient des dépassements trois fois supérieurs aux ouvriers en 1992 et seulement deux fois en 2006 (*figure 3*). Ce resserrement s'explique par le montant croissant des dépassements payés par les ouvriers pour les soins dentaires et, dans une moindre mesure, pour les soins de spécialiste. ■

### Définitions

**Dépenses en soins et biens médicaux** : elles comprennent à la fois les biens médicaux (médicaments, optique, etc.) et les soins de santé (médecins, soins hospitaliers publics ou privés etc.).

**Dépenses non remboursées par la Sécurité sociale** : elles correspondent, à hauteur de 56 %, aux participations financières demandées aux assurés – sauf en cas d'exonération – pour toute consommation de soins. Il s'agit essentiellement du **ticket modérateur**, et dans une moindre mesure, du forfait journalier hospitalier et des participations forfaitaires demandées depuis 2005. L'autre partie des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale est liée aux dépassements, c'est-à-dire l'écart entre le prix réel des soins et le prix de référence de la Sécurité sociale.

La source utilisée est l'appariement du fichier Échantillon permanent d'assurés sociaux (fichier de dépenses de santé présentées au remboursement) issu de la Cnamts, de la MSA et du RSI et de l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes.

**Ticket modérateur** : c'est la part du tarif de référence de la Sécurité sociale laissée à la charge de l'assuré social, après le remboursement de l'assurance maladie.

**Catégorie socioprofessionnelle, Sécurité sociale, organismes complémentaires et État** : voir *Glossaire*

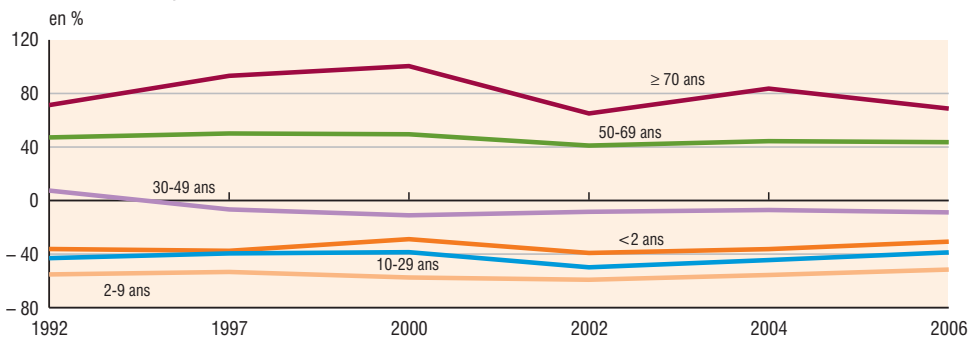
### Pour en savoir plus

- Fenina A. et Geffroy Y., « Comptes nationaux de la santé 2006 », *Études et Statistiques*, Drees.
- Allonier C., Guillaume S. et Rochereau T., « Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé* n°110, Juillet 2006, Irdes.



# Biens et services de santé à la charge des ménages 5.3

## 1. Disparités selon l'âge des dépenses moyennes non remboursées par la Sécurité sociale : écart à la moyenne

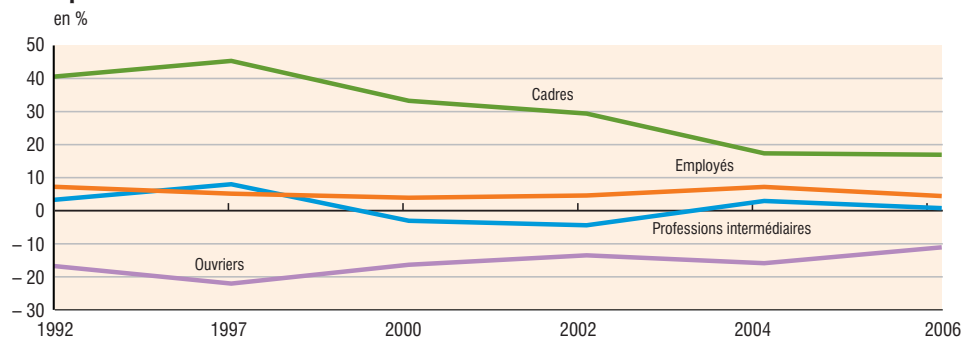


Lecture : en 1992, les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale des personnes de 70 ans et plus étaient 71 % plus élevées que la moyenne.

Champ : France métropolitaine, personnes affiliées à la CNAMTS pour l'année 1992 et affiliées à la CNAMTS, à la MSA ou au RSI pour les années 1997, 2000, 2002, 2004 et 2006.

Source : appariement EPAS-SPS 1992, 1997, 2000, 2002, 2004, 2006 Irdes, CNAMTS, RSI, MSA, traitement Drees.

## 2. Disparités selon la PCS individuelle

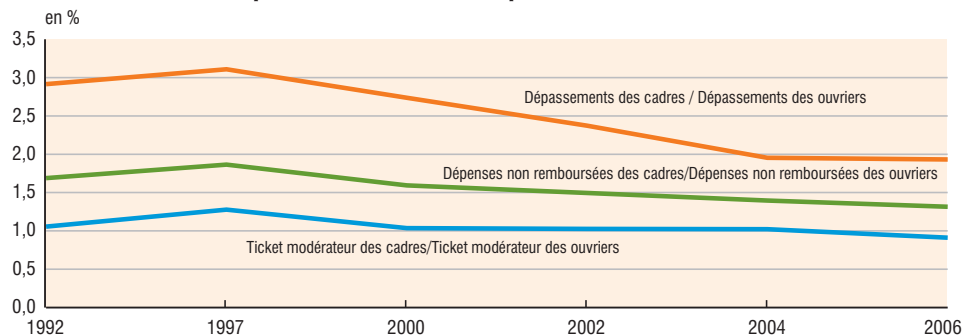


Lecture : en 1992, les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale des cadres étaient 41 % plus élevées que celles de l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. La PCS correspond à la PCS individuelle actuelle ou de la dernière profession exercée. La notion de cadre englobe les professions intellectuelles supérieures.

Champ : France métropolitaine, personnes affiliées à la CNAMTS pour l'année 1992 et affiliées à la CNAMTS, à la MSA ou au RSI pour les années 1997, 2000, 2002, 2004 et 2006.

Source : appariement EPAS-SPS 1992, 1997, 2000, 2002, 2004, 2006 Irdes, CNAMTS, RSI, MSA, traitement de la Drees.

## 3. Évolution du ratio dépenses des cadres sur dépenses des ouvriers entre 1992 et 2006



Lecture : en 1992, les cadres avaient une dépense non remboursée par la Sécurité sociale 1,7 fois supérieure, des dépassements 2,9 fois supérieurs et des montants de ticket modérateur 1,1 fois supérieurs à ceux des ouvriers. La PCS correspond à la PCS individuelle actuelle ou de la dernière profession exercée. La notion de cadre englobe les professions intellectuelles supérieures. Dans ce graphique, le forfait hospitalier et les participations forfaitaires ont été associés au ticket modérateur pour simplifier la présentation.

Champ : France métropolitaine, personnes affiliées à la CNAMTS pour l'année 1992 et affiliées à la CNAMTS, à la MSA ou au RSI pour les années 1997, 2000, 2002, 2004 et 2006.

Source : appariement EPAS-SPS 1992, 1997, 2000, 2002, 2004, 2006 Irdes, CNAMTS, RSI, MSA, traitement de la Drees.